

A Atuação do Psicólogo em Unidades de Pediatria – Desafios e Possibilidades

Thainá Heusi Moreira



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES
Curso de Psicologia

A Atuação do Psicólogo em Unidades de Pediatria – Desafios e Possibilidades

Thainá Heusi Moreira

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como requisito parcial à conclusão do curso de Psicologia.

Professora-orientadora: Msc Morgana Queiroz

Brasília
Julho de 2014



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES
Curso de Psicologia
0

Folha de avaliação

Autora: Thainá Heusi Moreira

Título: A Atuação do Psicólogo em Unidades de Pediatria – Desafios e Possibilidades

Banca Examinadora:

Profa. Msc. Morgana Queiroz
Professora Orientadora

Professora Dra. Marcella Marjory Massolini Laureano Prottis

Professora Dra. Marina Kohlsdorf

Brasília
Julho de 2014

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde.
“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana” (Carl Gustav Jung).

Agradecimentos

Para começar e finalizar a graduação em Psicologia, contei com o apoio e incentivo de meus familiares, amigos e professores. Em especial, agradeço pelo constante carinho e atenção de meus pais, Égli e Josecler, pela paciência em me auxiliar com palavras reconfortantes e pelo suporte que me deram em meu lar. Agradeço também ao meu companheiro de vida, Leonardo, por tantos momentos abençoados, por sempre acreditar em mim e por ter colocado em minha vida o meu amado filho Marcelo, com quem aprendo diariamente a ser mãe e a buscar recursos internos para proporcionar a ele a melhor educação que puder oferecer, o amor.

Agradeço a minha tia Jurema e aos meus sogros, Wilson e Regina, que me tranquilizavam por saber que podia contar com a ajuda de cada um nos cuidados com meu filho. À minha irmã Patrícia e aos meus irmãos Augusto, Kleber e Samuel, só tenho a agradecer pelos diversos momentos de alegria com eles, com meus queridos sobrinhos, Theo, Lucca, Giulia e Lara.

Para chegar ao fim desta etapa da minha vida, contei com o apoio de muitos amigos, a quem devo também meus agradecimentos. Em particular, minhas amigas Cintia Cremasco, Andressa Queiroz e Caroline Campos, o meu muito obrigada pela crença no meu potencial e por nossa amizade, que é valiosa para mim.

Pela inspiração e pela sabedoria, agradeço, especialmente, às minhas professoras Morgana Queiroz, Valéria Mori e Marina Kohlsdorf, e também as minhas preceptoras de estágio Carolina Leão e Adriana Dias. Elas fizeram A DIFERENÇA na minha formação profissional, assim como minha terapeuta Marilene Neves, com quem conto a algum tempo com o auxílio para emergir no meu “eu” interior.

E, por ultimo, mas de longe não menos importante, agradeço à Deus por ter colocado pessoas tão maravilhosas no meu caminho, por ter me iluminado e me inspirado diariamente com seu amor.

Sumário

Resumo	vii
Introdução	1
Capítulo 1 – Diferentes Representações sobre o Fenômeno Saúde-Doença	3
Capítulo 2 - A Inserção da Psicologia no Campo da Saúde e a Atuação no Contexto Hospitalar	16
Capítulo 3 - O Processo de Hospitalização Infantil e o Trabalho da Psicologia em Unidades de Pediatria.....	22
Capítulo 4 – Metodologia	34
Capítulo 5 - Análise de Informações	36
Categoria 1 - A Inserção da Psicologia no Contexto Hospitalar: A Busca pela Afirmação e Reconhecimento de seu Trabalho na Equipe Multiprofissional	37
Categoria 2 - Cuidar do Cuidador: A Contribuição da Psicologia na Humanização do Atendimento da Equipe de Saúde à Díade Paciente-Acompanhante.....	40
Categoria 3 - Cuidar do Acompanhante: A Importância de sua Participação no Cuidado do Paciente e a Parceria com a Equipe de Saúde.....	45
Categoria 4 - O Desenvolvimento Infantil e o Espaço para Brincar no Cenário da Hospitalização Infantil.....	46
Considerações Finais	49

Resumo

Esse trabalho propõe analisar a atuação do psicólogo em unidades de Pediatria a partir de um relato de experiência de estágio. A metodologia utilizada foi qualitativa e o instrumento foi um diário de campo. A partir da proposta de Minayo, registrou-se cotidianamente as experiências vividas e as impressões suscitadas para, posteriormente, construir categorias temáticas de análise relacionadas à configuração da prática do psicólogo no hospital. As categorias temáticas de análise foram: a inserção da Psicologia no contexto hospitalar - a busca pela afirmação e reconhecimento de seu trabalho na equipe multiprofissional; cuidar do cuidador - a contribuição da Psicologia na humanização do atendimento da equipe de saúde à díade paciente-acompanhante; cuidar do acompanhante - a importância de sua participação no cuidado do paciente e a parceria com a equipe de saúde; o desenvolvimento infantil e o espaço para brincar no processo de hospitalização. Discute-se sobre a prática dos modelos de atenção à saúde e de que forma contribuem ou não para a atuação da Psicologia no contexto hospitalar a partir da prevenção e promoção de saúde infantil. Concluiu-se que existem inúmeras ideias sobre o assunto, mas que existe um abismo entre o que se discute e o que se pratica.

Palavras Chave: Pediatria, Psicologia Hospitalar, Atuação Profissional, Desenvolvimento Infantil.

Introdução

Há algum tempo, o trabalho dos profissionais de saúde vem sendo questionado, não apenas por eles mesmos, mas também por acadêmicos, no cenário da política nacional e pela própria população brasileira. Diante dessa questão e sabendo que a Psicologia está inserida como área de atuação na saúde, o presente trabalho teve como objetivo analisar como se configura a prática do psicólogo no hospital, na perspectiva de uma estagiária de Psicologia, destacando ações que envolvem prevenção e promoção de saúde no contexto de internação pediátrica de um hospital público do Distrito Federal.

Para tanto, entende-se que é preciso refletir sobre as diferentes representações do fenômeno saúde-doença, caracterizadas a partir de diferentes modelos de atenção à saúde, quer seja o Modelo Biomédico (século XIX) ou o Modelo de Promoção de Saúde (século XX), o qual foi estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Atualmente, compreende-se que a prática curativa do modelo de atenção à saúde, ainda vigente no Sistema Único de Saúde (SUS), tem exposto falhas para sustentar a demanda da população por cuidados à saúde e, sobretudo, para trabalhar questões de promoção de saúde (Mendes, 2012).

Esse descompasso entre uma situação de saúde com forte predomínio de condições crônicas e uma organização do SUS como um sistema fragmentado, focado na doença, reativo e episódico e voltado para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas constitui a causa essencial da crise do sistema público do Distrito Federal, diagnosticada em 2010 (Mendes, 2012, p. 45).

O contexto descrito tem influenciado a atuação do psicólogo e dificultado a compreensão dos demais membros da equipe multidisciplinar quanto ao papel da Psicologia no contexto hospitalar. Contudo, diversos estudos apontam a importância da área nas práticas hospitalares, ressaltando a complexidade de seu campo e a interação entre ciência e arte.

Especificamente neste trabalho, o contexto é a internação pediátrica, área de atuação e investigação em Psicologia que demanda significativamente estratégias de intervenção, pois percebe-se que as crianças apresentam maior mobilização e repercussão subjetiva do que os adultos quando vivenciam a experiência de adoecimento e o processo de hospitalização. Alguns estudos descrevem os vários fatores que podem influenciar as consequências da hospitalização, as quais afetam diretamente o desenvolvimento infantil, e as medidas preventivas e humanizadoras que podem minimizar o sofrimento causado por essa experiência. Dentre essas medidas, evidencia-se a necessidade de trabalhar de forma sistêmica, envolvendo também ações com os acompanhantes e a equipe de saúde.

Partimos da ideia de que, mesmo dentro do contexto de internação hospitalar, é possível trabalhar a promoção e prevenção de saúde com as crianças. Trabalhar com crianças possibilita prevenir a saúde de futuros adultos e promover encontros de qualidade com seus cuidadores. Para tanto, parte-se do princípio de que, para promover saúde na infância, é preciso entrar no mundo cognitivo da criança deixando-a brincar e fantasiar, dando abertura para que ela fale e expresse o que sente (Ministério da Saúde, 2012a).

Capítulo 1 – Diferentes Representações sobre o Fenômeno Saúde-Doença

Para compreender a complexidade do fenômeno saúde-doença, é preciso considerar a variação desse fenômeno conforme o contexto cultural, social, político e econômico (Scliar, 2007). No presente trabalho, destaquei a análise para as condições históricas e culturais das diferentes representações do fenômeno saúde-doença que contribuíram para a construção, consolidação e evolução da Medicina Ocidental, no intuito de entender a influência na Psicologia da Saúde. A partir dessa análise, foi possível abarcar a formulação, atuação e ascensão do Modelo Biomédico no século XIX e, posteriormente, as diversas críticas teóricas a esse modelo, que desencadearam na necessidade de estabelecer um modelo de atenção à saúde que compreendesse o fenômeno saúde-doença de forma sistêmica, o qual foi instituído pela OMS no século XX e denominado de Modelo de Promoção de Saúde.

Nas análises culturais e históricas da Medicina Ocidental, do período pré-histórico até o século XXI, Straub (2005) descreve que existem variações em relação aos fatores que explicam a origem da doença. Em alguns momentos, esses fatores foram explicados por questões externas ao indivíduo, como demônios, espíritos do mal, punição divina ou contaminação por organismos microscópicos. Enquanto em outros períodos, as explicações buscavam, a partir do dualismo mente-corpo, a origem da doença no próprio indivíduo, ou considerando apenas a constituição biológica do ser humano, ou reduzindo a doença a um problema psicológico. A seguir relaciono alguns marcos na cronologia da história da Medicina Ocidental quanto às visões sobre saúde e doença.

As raízes da Medicina Ocidental foram estabelecidas por Hipócrates (cerca de 460 a 377 a.C). Ele é conhecido como pai da Medicina por ter rompido com a concepção mágico-religiosa que explicavam as doenças, trazendo uma visão racional para a Medicina, considerando aspectos físicos e psicológicos da saúde e da doença (Straub, 2005; Scliar, 2007).

Hipócrates, (...) foi o primeiro a afirmar que a doença era um fenômeno natural e que suas causas (e, portanto, seu tratamento e prevenção) podem ser conhecidos e merecem estudos sérios. Dessa forma, ele construiu a base mais antiga para uma abordagem científica de cura (Straub, 2005, p. 28).

Baseado nos pressupostos hipocráticos, Galeno (122-199 d.C) contribuiu significativamente com o avanço da Medicina Ocidental ao elaborar um sistema de farmacologia que perdurou por 1500 anos. Ele considerava que a doença acontecia pelo desequilíbrio na combinação entre as condições ambientais, os hábitos de vida, (ex.: alimentares) e o temperamento do indivíduo quando seu estado era sadio (Barros, 2002; Straub, 2005).

Na Idade Média europeia (476 a cerca de 1450 d.C), influenciada pela Igreja, as explicações sobre a natureza da saúde e da doença retornam à crença sobrenatural. A doença era compreendida como punição divina e o tratamento era controlado pela Igreja, a qual por limitar a prática da Medicina, contribuiu para retardar o avanço científico dessa ciência (Straub, 2005; Scliar, 2007).

O período posterior, conhecido por Renascença (séculos XV-XVI), foi caracterizado pelo retorno aos estudos científicos. Nessa época, o suíço Paracelsus (1493-1541), com sua visão holística e mística do mundo, considerava diversos fatores para determinar a doença, dentre eles a “predisposição do próprio organismo e das motivações psíquicas” (Barros, 2002, p. 71). Entretanto, o Renascimento caracteriza-se pelas mudanças de ordem técnico-científicas significativas, que deram base ao raciocínio mecanicista (Barros, 2002; Scliar, 2007). Influenciado por esse raciocínio, o filósofo e matemático francês René Descartes (1596-1650) postulou o dualismo mente-corpo, o qual “baseia-se na doutrina de que os seres humanos possuem duas naturezas, a mental e a física” (Straub, 2005, p. 30). Diante dessa divisão, coube à religião e à Filosofia o estudo não-científico da mente, enquanto caberia à

Medicina realizar estudos científicos do corpo e cuidar dessa máquina quando ela estragasse, ou seja, quando ficasse doente (Scliar, 2007; Straub, 2005).

No século XIX, Louis Pasteur (1822-1895) contribuiu para a expansão do estudo sobre a etiologia das doenças utilizando-se como instrumento o microscópio, o qual foi inventado no século XVII. Pasteur atribuía aos microrganismos a única causa do adoecimento do corpo e foi a partir dessa noção que se formou a base teórica da Medicina Moderna (Scliar, 2007; Straub, 2005). Surgia também a Medicina Tropical, como uma das vertentes da Medicina, com o objetivo de estudar, prevenir e curar as doenças endêmicas e epidêmicas que ameaçavam o contexto comercial do colonialismo da época (Scliar, 2007).

Segundo Scliar (2007), paralelamente aos estudos etiológicos, surgia a ciência denominada epidemiologia, que foi delineada a partir do estudo realizado pelo médico inglês John Snow (1813-1858) sobre o cólera. O estudo epidemiológico compreende que o corpo social (população) possui fatores condicionantes e determinantes para o fenômeno saúde-doença que podem ser contabilizados e expressos em uma ciência estatística.

O raciocínio mecanicista rigoroso da correlação causa-efeito perpassou e influenciou o pensamento daquela época e diversas áreas do conhecimento como a Física, a Química, a Biologia, a Matemática, entre outras. A Medicina gradativamente reorientou seus princípios e práticas para o modelo mecânico do relógio, utilizado como analogia para compreender o funcionamento do corpo. A demanda por essa nova ordem fortaleceu a medicina mecanicista, na medida em que era ela quem fornecia os instrumentos aos médicos para lidar com as doenças de forma cada vez mais satisfatória (Barros, 2002).

Consolida-se, enfim, o Modelo Biomédico de saúde, o qual apresenta três características. A primeira delas “pressupõe que os responsáveis pelos problemas de saúde sejam os agentes etiológicos específicos que alteram as estruturas e/ou funções do corpo humano” (Bowling, 2002, citado por Castro, 2007, p. 398). Portanto,

a doença é resultado de um patógeno – um vírus, uma bactéria ou algum outro microrganismo que invade o corpo. (...). Nesse sentido, o modelo biomédico é *reducionista*, considerando que fenômenos complexos (como a saúde e a doença) são essencialmente derivados de um único fator primário (Straub, 2005, p. 32).

O segundo princípio do Modelo Biomédico de saúde baseia-se na doutrina cartesiana do *dualismo mente-corpo*, desconsiderando que essas entidades possam interagir, dando-lhes caráter de autonomia. (Castro, 2007; Straub, 2005). A adesão massiva do Modelo Biomédico contribui para a atuação cartesiana na relação entre o observador e o objeto observado, distanciando um do outro, contribuindo com a fragmentação desse objeto e dificultando a valorização do todo, além de trazer soluções paliativas, sem agir precisamente nas causas (Barros, 2002). “A fragmentação dos saberes teve como reflexo a excessiva especialização, de modo que o paciente passou a ser visto como um ser apenas biológico” (Mendes, 1996, citado por Carbone, 2009, p. 85).

Segundo Straub (2005), essa atuação faz emergir o terceiro princípio do Modelo Biomédico, que compreende a saúde como ausência de doença. “Dessa forma, aqueles que trabalham apoiados nessa perspectiva concentram-se em investigar as causas das doenças físicas em vez daqueles fatores que promovem a vitalidade física, psicológica e social” (Straub, 2005, p. 32), “apesar de serem aspectos que podem influenciar tanto a origem quanto a manutenção, evolução e prognóstico do processo de adoecer” (Rodrigues, Pastor & Lopes, 1988, citado por Traverso-Yépez, 2001, p. 51). Nesta perspectiva, “os médicos tratavam os doentes do ponto de vista orgânico, cuidando dos sintomas e procurando terapêuticas medicamentosas ou práticas específicas para diminuir o sofrimento físico, colaborando assim, com a cisão que dividia o homem” (Nigro, 2004, p. 24).

Percebe-se, portanto, que a intensificação da evolução técnico-científica do Método Cartesiano e da Física Clássica, referências na lógica explicativa do fenômeno saúde-doença

da perspectiva biomédica, ao focar suas análises na fisiologia e na anatomia, não são suficientes para estudar pensamentos e emoções, desvalorizando aquilo que é sensível (Straub, 2005). O Modelo Biomédico “foi incapaz de explicar transtornos que não apresentavam causa física observável, como aquelas descobertas por Sigmund Freud (1856-1939) (Straub, 2005, p. 32)”.

A ideia de que determinadas doenças poderiam ser causadas pelos conflitos psicológicos do indivíduo foi desenvolvida durante a década de 1940 pelo trabalho do psicanalista Franz Alexander. (...) Descrevendo com cuidado um grande número de transtornos físicos que eram presumivelmente causados por conflitos psicológicos, Alexander ajudou a estabelecer a **medicina psicossomática**, um movimento reformista dentro da medicina, denominado em decorrência das raízes *psico*, que significa *mente*, e *soma*, que significa *corpo*. Por definição, a medicina psicossomática diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento de doenças físicas supostamente causadas por processos deficientes na mente (Straub, 2005, p. 32).

Segundo Straub (2005), apesar da tentativa em compreender a contribuição dos fatores psicológicos ao adoecimento, a medicina psicossomática e a psicanálise de Freud receberam diversas críticas que fizeram comprometer essas áreas de estudo. Entretanto, “elas formaram as bases para a nova apreciação das conexões entre a Medicina e a Psicologia. Elas deram início à tendência contemporânea de ver a doença e a saúde como algo *multifatorial*” (Straub, 2005, 33).

Essa tendência, porém, não foi suficiente para superar a hegemonia do Modelo Biomédico, o qual, baseado na teoria microbiana no século XIX, predominava: “de tal ordem que, em boa medida, faz obscurecer concepções que destacavam a multicausalidade das doenças ou que proclamavam a decisiva participação, na eclosão das mesmas, dos fatores de ordem socioeconômicos” (Barros, 2002, p. 74)

Corroborando com essa ideia, Scliar (2007) afirma que alguns estudos realizados durante a Revolução Industrial, ao mudarem o foco da saúde individual para a saúde social, já apontavam para influências da urbanização e proletarização sobre a saúde. O médico William Farr (1807-1883) foi o primeiro a problematizar os dados estatísticos de saúde trazendo informações sobre as desigualdades vividas entre os distritos estudados que contribuíam para a incidência e prevalência de doenças. Em 1779, na Alemanha, discutia-se sobre a intervenção do Estado na saúde pública, implementando um sistema paternalista e autoritário de polícia médica ou sanitária, o qual foi copiado por outros países. Posteriormente, o relatório de Edwin Chadwick (1800-1890) sobre *As condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha* contribuiu para promulgar a lei de saúde pública no país. Após a Segunda Guerra Mundial, Sir William Beveridge, encarregado de diagnosticar o seguro social desse país, apresentou o Serviço Nacional de Saúde. Esse serviço, que faria parte do *Welfare System*, garantiria à população atenção integral à saúde com recursos públicos.

Entretanto, assim como o conceito de doença, o conceito de saúde também variava de acordo com a cultura e o momento histórico considerado. Segundo Scliar (2007), houve a necessidade de se estabelecer um consenso quanto ao conceito de saúde pelas instituições de referência mundial, que mapeavam o fenômeno saúde-doença. Esse consenso começou a ser possível a partir da criação de um organismo internacional, mais especificamente, a OMS.

O conceito de saúde adotado pela OMS foi divulgado em 1948 e foi definido como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (Scliar, 2007, p.37). Porém, segundo Scliar (2007), a amplitude dessa definição desencadeou críticas tanto de ordem técnica, quanto de ordem política. A natureza técnica permitiu compreender o conceito de saúde, definido por Christopher Boorse em 1977, apenas como “ausência de doença” enquanto que a natureza política levantava

questões acerca da possibilidade de o Estado intervir na vida dos cidadãos sob o pretexto de promoção da saúde.

Como abordado anteriormente, as contribuições acerca da definição de saúde como ausência de doença estavam historicamente enraizadas na prática da medicina. Mendes (2012) discute essa tradição a partir da noção de que a saúde é trabalhada na divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Segundo o autor, essa divisão, cunhada na perspectiva da etiopatogenia, tem sustentado e funcionado na implementação de estudos epidemiológicos, mas não para organizar os sistemas de atenção à saúde, sendo seu objeto as respostas sociais aos problemas de saúde. “Além disso, é uma tipologia que se assenta no conceito de doença e exclui outras condições que não são doenças, mas que exigem uma resposta social adequada dos sistemas de atenção à saúde” (Mendes, 2012, p. 31).

Percebe-se, então, a necessidade de se trabalhar a partir de uma nova categorização: as condições agudas e as condições crônicas. Essa nova categorização baseia-se no conceito de condição de saúde, discutida inicialmente por teóricos ligados ao modelo de atenção crônica e que, posteriormente, foi acolhida pela OMS (Mendes, 2012).

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias (Mendes, 2012, p. 31).

As críticas levantadas quanto ao conceito definido pela OMS buscam responder à questão pensando em um conceito mais dinâmico, que leve em consideração as potencialidades dos indivíduos e da comunidade na participação e construção constante desse conceito (Ministério da Educação, 1997).

Essa nova conceituação, em sua amplitude, exigiu (...) a criação de um Modelo Biopsicossocial de atenção (Engel, 1960, 1977, 1980, 1987), que vê a saúde e a doença como produtos de uma combinação de fatores que inclui características biológicas, fatores comportamentais, fatores psicológicos e condições sociais (APA, 2002, citado por Bruscato, Kitayama, Fregonese & David, 2004, p. 33).

Atualmente, o conceito de saúde da OMS “inclui o bem-estar físico, mental e social, e valoriza a percepção pessoal e subjetiva do indivíduo como um fator fundamental a ser considerado” (WHO, 2004, citado por Castro, 2007, p. 398). Percebe-se nessa mudança que “a definição organicista da saúde está sendo superada por uma dimensão que é também psicológica e social, pois é a única via para o desenvolvimento de políticas de prevenção e promoção de saúde” (González-Rey, 1997, citado por Castro, 2007, p. 398).

Em 1978, a OMS promove a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, nomeada de Conferência de Alma-Ata, e “reafirma enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental” (Ministério da Saúde, 2002, p. 84). Posteriormente, reconhecendo a necessidade de ampliação de seus objetivos para o Modelo de Promoção de Saúde, a OMS realiza, em 1986, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e promulga a Carta de Ottawa, a qual declara a responsabilidade de o Estado promover saúde, mas com a participação fundamental da comunidade para planejar e implementar os cuidados à saúde (Ministério da Saúde, 2002). Atualmente, o Brasil conta com a política nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual está estruturado a partir das designações da OMS sobre Promoção de Saúde.

Entendendo que a saúde é um direito humano e dever do Estado, o SUS foi criado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF, 1988) e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, no intuito de contribuir na

assistência obrigatória à saúde da população. Assim, o princípio norteador do SUS torna-se a noção de saúde descrita abaixo:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (Art. 196, CF, 1988).

Essa noção de saúde, abordada na Constituição, assinala a necessidade de:

(...) mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação (Ministério da Saúde, 1990, p. 8).

A Constituição da República Federativa do Brasil (1988, citado por Ministério da Saúde, 1990), para orientar as ações e serviços do SUS, preconiza que esse sistema funcione a partir da interdependência entre os princípios éticos/doutrinários e os princípios organizacionais/operativos. Entende-se que os primeiros princípios sejam *universalidade* (acesso a todos), *equidade* (tratamento desigual aos desiguais) e *integralidade* (promoção, prevenção, cura e reabilitação através de políticas públicas). Enquanto que os segundos princípios são *descentralização* (gestão dividida entre União, estados e municípios), *regionalização* (predefinição dos territórios e da população assistida), *hierarquização da rede* (organização dos serviços em níveis de atenção), *participação social* (formulação e fiscalização da execução das políticas públicas de saúde), *resolubilidade* (capacidade dos setores para solucionar os problemas até seu nível de competência) e *complementariedade do setor privado* (contratação desses serviços quando o setor público for insuficiente para atender à saúde).

Especificamente para este trabalho, faz-se necessário compreender as diretrizes de hierarquização da rede e participação social. A hierarquização da rede, antes discutida em níveis de atenção primária, secundária e terciária, passa a ser delineada na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa rede, estabelecida pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estrutura o funcionamento do SUS, tendo por finalidade promover e atuar em três áreas de aplicação, sendo elas: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência. Apesar de as áreas de atuação diferenciarem-se quanto à complexidade tecnológica presente no ambiente de trabalho, buscam garantir a integralidade do cuidado.

A diretriz de participação social compreende que não há como falar em saúde sem falar do saber popular, constituído e constituinte da cultura, do meio social e físico (Ministério da Educação, 1997). O saber popular faz parte das atitudes e configurações de uma população, possibilitando, a partir dele, criar estratégias para lidar com as demandas das pessoas e para a conquista de seus direitos de cidadania. Portanto, o saber reificado da ciência não pode se sobrepor ao saber popular, mas sim legitimá-lo (Stotz & Araujo 2004). “A saúde é produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo a vivência do processo saúde/doença uma forma de representação da inserção humana no mundo” (Ministério da Educação, 1997, p. 66).

Um dos fatores estratégicos e preponderantes de promoção e proteção da saúde tem sido a Educação Popular, a qual visa desenvolver a capacidade crítica dos indivíduos quanto à realidade vivida, além de possibilitar e desenvolver práticas de autocuidado das pessoas e da sociedade (Ministério da Educação, 1997). “A Educação Popular deve construir a autonomia do cidadão e fazer do paciente sujeito e não apenas objeto da atenção médica no processo de cura” (Carbone, 2009, p. 84).

Sabe-se que a Educação Popular em Saúde constituiu-se a partir da concepção de ensinar de Paulo Freire, cujo referencial teórico-metodológico desenvolveu-se pela visão dialógica do processo ensino-aprendizagem entre o educador e o educando. Esse processo, no entanto, é contínuo e permanente, no intuito de transformar a realidade a partir do protagonismo dos sujeitos. Nas palavras de Paulo Freire: “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (Freire, 1996, p. 21). A concepção de Paulo Freire quanto ao sujeito ativo e empoderado concebe à educação o papel fundamental de transformação social, não unilateral, mas dialógico, e, no caso do SUS, entre a comunidade e as instâncias gestoras do SUS.

Diante dessa reflexão, a Educação para a Saúde tem papel fundamental para a transformação do atual cenário brasileiro no que concerne à sobrecarga do setor terciário do SUS, uma vez que contribuirá para a mudança de uma cultura curativa para o desenvolvimento da consciência sanitária da comunidade e do governo como um todo (Ministério da Educação, 1997).

Tendo a Educação Popular em Saúde como metodologia para a promoção de saúde, a prática do psicólogo nas unidades de saúde acontece estando ancorada nos princípios do SUS (Brasil, 2004). Porém, mesmo que a Psicologia seja compreendida como uma área da saúde pelo Conselho Nacional de Saúde (1996), segundo a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, a inserção do psicólogo nas equipes de saúde ainda não é obrigatória em todos os serviços de saúde pública e privada, como estava previsto no Projeto de Lei nº 77/2003 do Senado Federal (SF), que foi arquivado em 2007 (Projeto de Lei n. 77 de 25 de março de 2003).

Contudo, a inserção do psicólogo no campo da saúde pública não apenas tem sido limitada, mas a própria prática deste profissional, perpassada também pela divisão cartesiana corpo-mente, tem tendido ao isolamento e a ficar restrita ao mental e

atividade clínica individual (Carvalho & Yamamoto, 1999; Dimenstein, 1998; Silva, 1992; Spink, 1992, citado por Traverso-Yépez, 2001, p. 51).

Segundo Foucault (2000), essa prática está fundamentada pelo contexto que influenciou a Psicologia “científica” (“objetiva” ou “positiva”), iniciada e marcada, essencialmente, pela experiência patológica fundamentada pelo Modelo Biomédico. A reflexão proposta por Foucault (2000) aponta para o trabalho da Psicologia limitado à doença, ou melhor, à “patologização”¹ do outro, enquadrando-o em parâmetros que tiram dele o desenvolvimento de suas potencialidades, esquecendo-se do sujeito em si, ficando apenas com uma parte dele, transformando-o na doença. “Nossa sociedade não quer reconhecer-se no doente que ela persegue ou que encerra; no instante mesmo em que ela diagnostica a doença, exclui o doente” (Foucault, 2000, p. 74).

A contraproposta de Foucault (2000) é lidar com o outro sem considerar padrões estabelecidos pela sociedade, refletindo sobre a doença a partir do método fenomenológico, o da compreensão, “ver o mundo patológico com os olhos do próprio doente” (Foucault, 2000, p. 56), buscando a verdade na ordem da intersubjetividade, entendendo que “a análise fenomenológica recusa uma distinção a priori entre o normal e o patológico.” (Foucault, 2000, p. 68)

Assim como Foucault (2000), González-Rey (2004) alega que as práticas e construções teóricas da Psicologia ainda utilizam a doença como alicerce, mesmo com as tentativas de discussão acerca da saúde humana, uma vez que a mesma vem sendo institucionalizada dentro do Modelo Biomédico, caracterizado por um trabalho objetivo, naturalista e organicista da doença.

Ainda a respeito da redução do sujeito à doença, González-Rey (2004) afirma que a pessoa, quando passa a ser usuária dos serviços médicos, perde seu caráter singular de sujeito

¹ Taylor (1979, citado por Barros, 2002) criou o neologismo *diseasefication*, que equivale à “patologizar” na língua portuguesa.

e se dilui nos discursos institucionalizados da prática médica em meio à doença: “perdendo sua condição de sujeito e passando a viver em função dos processos institucionalizados de cura, os quais geram um isolamento social das funções produtivas e emocionais do sujeito” (González-Rey, 2004, p. 126).

O enfoque na doença, em sua etiologia e desenvolvimento, acaba por ignorar os aspectos sociais e subjetivos da saúde humana. Segundo González-Rey (2004), é preciso entender que falar de saúde é resgatar o sujeito por trás da doença e pensar em outros fatores, como a questão genética, social e cultural, os quais corroboram para entender os sentidos produzidos por um sujeito singular que está inserido em uma cultura (configurada a partir de diferentes práticas), deixando de lado a percepção generalizada de saúde.

Desse modo, a mudança de paradigma do Modelo Biomédico para o Modelo Biopsicossocial compreende a saúde e a doença como um *continuum* (Castro, 2007) e acarreta alterações na atuação profissional significativas, passando do enfoque “da fisiologia individual à cultura, das intervenções individuais às políticas públicas, da prevenção primária aos cuidados paliativos” (Smith, Kendall & Keefe, 2002, citado por Castro, 2007, p. 398).

Capítulo 2 - A Inserção da Psicologia no Campo da Saúde e a Atuação no Contexto Hospitalar

A descrição do “papel da Psicologia, como ciência e como profissão, nos domínios da saúde e da doença, visando à promoção e manutenção da saúde, a prevenção da doença e, também, os aspectos psicológicos associados ao seu tratamento e reabilitação” foi cunhada sob o termo Psicologia da Saúde por Matarazzo (1980, citado por Trindade & Teixeira, 1998, p. 155).

Vale ressaltar a diferença existente entre a Psicologia da Saúde e a Psicologia Hospitalar para fins de delineamento dos termos. Essa diferença se faz necessária uma vez que, no Brasil, esses termos são recorrentemente confundidos entre si. Considera-se Psicologia da Saúde uma área que intervém nas três instâncias de atenção do SUS (primária, secundária e terciária), as quais podem ocorrer tanto nos hospitais, quanto na comunidade, escolas e clínicas. Entende-se, portanto, que a Psicologia Hospitalar é uma área de atuação da Psicologia da Saúde (Castro, 2007). “Ao que parece, a psicologia hospitalar, que nasceu da psicossomática e da psicanálise, vem atualmente ampliando seu campo conceitual e sua prática clínica, com isso criando uma identidade própria e diferente” (Simonetti, 2004, p. 17).

Considerando toda a literatura que estudei a respeito do psicólogo hospitalar, penso que seu objetivo seja mobilizar o sujeito por trás da doença, trabalhando seus sentimentos e subjetividade, auxiliando a manutenção de sua autonomia e de sua identidade enquanto cidadão, buscando garantir sua dignidade e sua qualidade de vida, tida como bem-estar bio-psíquico-social-espiritual.

Caracterizado pelo dinamismo e criatividade advindos das demandas levantadas no processo de adoecimento do sujeito, o campo da Psicologia no contexto hospitalar visa promover a saúde. Para tanto, a Psicologia utiliza-se da Clínica Ampliada como estratégia interdisciplinar do Projeto Terapêutico Singular (Brasil, 2004). A Clínica Ampliada é uma

prática que envolve a escuta, a criação de vínculos e afetos, bem como a construção do foco no trabalho que vai além da doença e da qualidade de vida. Esse novo olhar para a atuação visa ampliar a noção de saúde e doença para uma dimensão processual (Brasil, 2004).

No contexto hospitalar, a atuação do psicólogo deve ser instrumentalizada a partir da escuta e do manejo situacional visando minimizar a dor, a culpa e o medo do usuário a partir de intervenções que considere não apenas esse sujeito por trás da doença, uma vez que o mesmo não é a doença, mas, sobretudo, tudo o que envolve esse processo, desde o adoecer ao tratamento, englobando a família e a equipe de profissionais da saúde e as subjetivações produzidas por eles, tornando-os sujeitos empoderados e ativos no processo de construção da saúde (Brasil, 2004). Percebe-se, por essa descrição, a complexidade do campo da Psicologia Hospitalar, constituída a partir das interfaces dos campos clínico, social e saúde.

Os aspectos clínicos que influenciam o trabalho no campo hospitalar envolvem a escuta para entender a produção subjetiva dos sentidos e significados do sujeito no processo de adoecimento e internação (intervenção e tratamento), embasados nos aspectos de saúde do contexto hospitalar e que, por assim ser, estão englobados e entranhados nos aspectos sociais das relações interpessoais ali estabelecidas entre o usuário, a família e a equipe de saúde em uma via de mão dupla.

Diante disso, penso que cabe ao psicólogo hospitalar mediar e investir nessas relações interpessoais que envolvem o ato de cuidar. E esse investimento acontece a partir da construção de um projeto terapêutico embasado na escuta, no discurso estabelecido, nos vínculos e afetos, além da responsabilização com o cuidado, mesmo que encontre dificuldades com as relações hierarquizadas, o qual ainda faz parte, nos dias de hoje, das práticas de saúde, dos discursos de profissionais e usuários.

É preciso fazer surgir na prática o Modelo Biopsicossocial e deixar de se basear nos princípios do Modelo Biomédico de causalidade linear, análise e generalização, que tem

como foco o corpo, a doença e a lesão (Bruscato et al., 2004). É olhar a doença com a amplitude do paradigma holístico, a partir da humanização da medicina, que concerne da:

(...) relação médico-paciente, da bioética, do barateamento dos custos, do acesso à saúde para todos etc. E tudo isso só será possível se escaparmos do cientificismo duro e conseguirmos criar conexões produtivas entre a ciência e outros campos do saber, como a Psicologia, a espiritualidade, a política e a cultura em geral (Simonetti, 2004, p. 26).

Implica, neste contexto, entender o trabalho do psicólogo constituído a partir da demanda, mas, sobretudo, advindo de um “conjunto” de ações de uma equipe multiprofissional, que designam práticas de “atos de saúde”, e não atos isolados de qualquer que seja a profissão (Bruscato et al., 2004). Assim, cria-se a possibilidade de um diálogo entre as diversas profissões que constituem a equipe multiprofissional (Bruscato et al., 2004) e amplia-se a discussão do desenvolvimento da Psicologia Hospitalar para “um novo paradigma epistemológico que busca uma visão mais ampla do ser humano e privilegia a articulação entre diferentes formas de conhecimento. A consequência clínica mais importante dessa visão é a de que “em vez de doenças existem doentes” (Perestrello, 1989, citado por Simonetti, 2004, p. 25 e 26).

A atuação da Psicologia no contexto hospitalar é, enfim, caracterizada pela interação entre ciência e arte. Ciência por trabalhar com o raciocínio clínico e com a identificação do diagnóstico global do sujeito enfermo. E arte pela “importância do encontro terapêutico, do saber ouvir, do saber calar, do saber como e porque falar e, sobretudo, da profunda dimensão humana que encerra esse encontro” (Sebastiani, 2004, p. 10). Essa arte é fundamental para a escuta diferenciada, a qual possibilita compreender a anamnese da doença a partir da intersubjetividade, das relações biopsicossociais (Nigro, 2004).

O dia-a-dia da Psicologia no hospital é permeado por duas principais tríades: “a tríade de ação, determinada pela dinâmica *doença-internação-tratamento* e a tríade de relação, composta por *paciente-família-equipe de saúde*” (Sebastiani, 2004, p. 10, grifo do autor). Para tanto, o objetivo geral de seu método de trabalho é “ajudar o paciente a atravessar a experiência do adoecimento”, a partir de sua experiência subjetiva (Simonetti, 2004, p. 12). Seu principal instrumento de trabalho é a palavra, tratando o adoecimento no registro do simbólico, representado pelo discurso: “(...) o trabalho clínico consiste em ajudar a pessoa a reencontrar a magia das palavras” (Freud, sem data, citado por Simonetti, 2004).

O trabalho da Psicologia no contexto hospitalar é sistêmico, pois considera o usuário, a família e a equipe no setor específico da internação e no tempo de duração. O modelo geral desse trabalho consiste em acolher, avaliar, construir intervenções, realizar essas intervenções e, posteriormente, avaliar as ações realizadas (Simonetti, 2009).

Simonetti (2009) entende que o acolhimento ocorre a partir da postura ativa do psicólogo em apresentar-se na busca pelas demandas de seu trabalho, o qual é construído a partir da disponibilidade para estar com o outro, ou seja, do estabelecimento do vínculo com a equipe, o usuário e a família. A partir da demanda levantada, o processo da avaliação psicológica ocorre no sentido de buscar informações relevantes para o cuidado do paciente naquela situação de adoecimento.

Os instrumentos da avaliação psicológica são observação e entrevista, sendo realizada pela anamnese e tem como foco aquilo que emerge no contato do paciente com sua experiência no aqui e agora (Simonetti, 2009). No contexto pediátrico, agregado aos instrumentos mencionados, os recursos lúdicos são recorrentemente utilizados (Chiattonne, 2003).

A avaliação psicológica visa o diagnóstico a fim de encontrar a melhor estratégia terapêutica. Ressalta-se, porém, que o diagnóstico em si já é um tratamento, uma vez que, na

prática, o próprio ato de colher informações quanto o adoecimento e a hospitalização de um paciente jamais deixa de ser uma intervenção com efeitos terapêuticos (Simonetti, 2009).

Segundo Simonetti (2009), o diagnóstico médico é diferente do diagnóstico psicológico, pois enquanto aquele compreende o conhecimento da doença por meio de sintomas, esse último busca o conhecimento da situação existencial da pessoa adoentada em relação a sua doença. Assim, a Psicologia hospitalar não diagnostica doenças, mas o que acontece com as pessoas relativamente à doença. Para tanto, a avaliação considera quatro eixos diagnósticos a serem investigados:

- Clínico/médico: compreensão do indivíduo sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico;
- Reacional: identificação, no momento da avaliação, da posição subjetiva (negação, revolta, depressão ou enfrentamento) da pessoa frente à doença, ao tratamento e à internação, a qual será norteadora do tratamento focal. Entende-se que as diferentes posições subjetivas são ocupadas a partir da mobilização dos mecanismos de defesas do “eu” pelo sentimento de desamparo.
- Aspectos situacionais: análise das diversas áreas da vida do paciente, sendo elas o contexto social, cultural e história do indivíduo e de sua família.
- Relacionais ou transferenciais: compreensão das relações que o sujeito estabelece a partir do adoecimento; compreensão da dinâmica psicoafetiva na produção de defesas emocionais.

Busca-se, a partir da avaliação psicológica realizada, construir e realizar intervenções a partir de técnicas que possibilizem minimizar o sofrimento do paciente e de seu cuidador, os quais foram evocados pelos aspectos psicológicos quanto à doença e à hospitalização a partir da escuta terapêutica. Entende-se que os aspectos psicológicos são manifestações da subjetividade como: sentimentos, desejos, fala, pensamentos, fantasias, lembranças, crenças,

sonhos, conflitos, estilos de vida, estilo de adoecer, representações sobre a morte e o morrer (Simonetti, 2009).

Deste modo, entende-se que a prática do psicólogo hospitalar ampara-se na abordagem psicológica em saúde descrita por Teixeira (1992, citado por Trindade & Teixeira, 1998), a qual:

Implica a consideração simultânea do *sujeito*, da *família*, dos *técnicos de saúde* e do *suporte social*, bem como uma perspectiva multisectorial que abrange o sistema de saúde e o sistema educativo, mas que deverá englobar também os dispositivos de segurança social e de suporte comunitário (p. 155, grifo do autor).

Diante dessa abordagem psicológica em saúde foram delineadas as áreas de investigação e intervenção em Psicologia da Saúde. Especificamente neste trabalho, a área de investigação ocorreu no contexto de internação pediátrica, cenário que demanda, de forma significativa, estratégias de intervenção diferenciadas. A seguir, as especificidades desse campo de trabalho são apresentadas.

Capítulo 3 - O Processo de Hospitalização Infantil e o Trabalho da Psicologia em Unidades de Pediatria

Para descrever o cenário da hospitalização pediátrica, considerou-se a área de investigação e intervenção denominada Psicologia da Saúde Infantil, a qual está “relacionada com os aspectos psicológicos da saúde e das doenças das crianças” (Melamed & Matthews, 1986; 1988, citado por Trindade & Teixeira, 1998, p. 155). Para tanto, entende-se que “a abordagem desenvolvimentista e o papel da família assumem particular importância” (Trindade & Teixeira, 1998, p. 155).

A expressão *Psicologia da Saúde Infantil* foi considerada mais apropriada do que o termo Psicologia Pediátrica, o qual foi cunhado pela APA em 1968 (APA, 2006, citado por Castro, 2007). Essa opção justifica-se pelo fato de que a terminologia *Psicologia Pediátrica* possui um caráter de subordinação da Psicologia “a uma especialidade médica” conforme consideram Trindade & Teixeira (1998, p. 156).

No presente estudo, considera-se que crianças são pessoas com até 12 anos de idade incompletos e adolescentes aquelas entre doze e dezoito anos de idade, como definido no Art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei nº 8.069 de 13 de julho 1990). Entendidos como sujeitos de direito, o ECA instituiu que o SUS seja o provedor do direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes. Portanto, sua atuação deverá ocorrer de forma integral, universal e igualitária, sendo prioridade nas políticas de saúde e nos três níveis de atenção: “essa tarefa exige o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças, e agravos, a atenção humanizada e o trabalho em rede” (Ministério da Saúde, 2012b, p. 7).

Para compreender a faixa etária estabelecida pelo ECA para as crianças, é preciso considerar as modificações que a terminologia infância sofreu ao longo da história da humanidade ocidental. Segundo Ariès (1981), verifica-se que, inicialmente, não havia um

estágio específico do desenvolvimento humano com tal denominação e percebe-se que, pela iconografia, a criança era representada como a miniatura de um adulto, estando expostas a todos os elementos da vida adulta.

Na modernidade, entre o final do século XIX e o começo do século XX, a infância adquiriu valor moral e social, passando a ser “propriedade” do estado, o qual garantia a proteção à criança a partir da lei (Ariès, 1981; Postman, 2002). Nas ciências, o apogeu da discussão sobre infância ocorreu no pós-iluminismo a partir de variadas publicações de estudiosos, os quais definiam e caracterizavam esse conceito da sua forma, dentre eles Freud e Piaget (Postman, 2002).

Atualmente, a infância é caracterizada como um estágio específico do desenvolvimento humano, o qual busca compreender as fases em que a criança se desenvolve a partir de três grandes domínios que constituem o processo unificado do desenvolvimento e que estão interligados entre si, sendo eles: *físico, cognitivo e psicossocial* (Papalia, Olds & Feldman, 2006). As autoras definem os três grandes domínios como:

- *Desenvolvimento físico*: o crescimento do corpo e do cérebro, das capacidades sensoriais, das habilidades motoras e da saúde.
- *Desenvolvimento cognitivo*: a mudança e a estabilidade nas capacidades mentais, como aprendizagem, memória, linguagem, pensamento, julgamento moral e criatividade.
- *Desenvolvimento psicossocial*: a mudança e a estabilidade na personalidade e nos relacionamentos sociais.

Segundo Papalia et al. (2006), para compreender as diferenças entre as crianças, consideram-se as seguintes influências em seu desenvolvimento: hereditariedade (características inatas herdadas pelos pais biológicos); ambiente (família nuclear e família extensa, condições socioeconômicas, etnicidade e cultura); maturação do corpo e do cérebro

(o que vai influenciar para o comportamento precoce ou não: na hereditariedade, as síndromes genéticas, e, no meio ambiente, os estímulos recebidos).

Porém, é preciso considerar se as influências são ou não são normativas e se o evento é positivo ou negativo. Entende-se que normativo é a “característica de um evento que ocorre de modo semelhante para a maioria das pessoas de um grupo”, enquanto que influências não-normativas “são eventos incomuns que têm grande impacto sobre vidas individuais” (Papalia et al., 2006, p. 58). O presente estudo trabalha com a perspectiva de influências no desenvolvimento infantil consideradas não-normativas e atípicas, pois trata-se da experiência de adoecimento e do processo de hospitalização infantil.

O adoecimento, por si só, mobiliza o enfermo sobremaneira, porém nem sempre é compreendida “como uma forma de mensagem social, física e psíquica. (...) muitas vezes a doença é decorrente do relacionamento interpessoal comprometido na família e de comportamentos, estados alterados ou acontecimentos vinculados ao aspecto mental do indivíduo” (Chiattonne, 2003, p. 25). É preciso compreender a dor física e a dor psíquica como indissociáveis, “sendo que a dor psíquica equivaleria à expressão desta, à representação metafórica da experiência dolorosa” (Freud, citado por Britto, 2010, p. 31).

O adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um “real”, de natureza patológica, denominado “doença”, presente em seu próprio corpo, produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família, ou na equipe de profissionais (Simonetti, 2009, p. 15).

No corte, muitas vezes abrupto, entre saúde e doença, imaginário e real do corpo, o sujeito se vê forçado a destituir o seu ancoramento significativo, a desapegar-se, a buscar nos bordejamentos, novas possibilidades de articulação da cadeia significativa,

numa tentativa de ressignificar a experiência dolorosa da perda, ruptura e trauma (Britto, 2010, p.30).

Quando se trata de criança, a ressalva é ainda maior, pois se entende que ela está em pleno desenvolvimento físico, mental e social. Corroborando com essa noção, Chiattonne (2003) relata que a mobilização é mais significativa nas crianças, pois a atinge por completo, comprometendo seu desenvolvimento emocional. Segundo Lima (2004, p. 83), a explicação é devido ao “aparato psíquico ainda imaturo para lidar com as adversidades vividas em um contexto de adoecimento e internação”, enquanto para as teorias do comportamento, entende-se que “as crianças têm um repertório limitado de estratégias devido ao seu estágio de desenvolvimento e a sua pouca idade” (Trianes, 2002, citado por Castro, 2007, p. 402).

Distanciados da percepção da incompletude de algo, as crianças são ensinadas a viver “a sustentação imaginária, ilusória, de saúde perfeita, de certezas e garantias no corpo e nos laços afetivos” (Britto, 2010, p. 30). O adoecimento, portanto, gera angústias significativas e, quando combinada com a hospitalização, abre possibilidades para o aumento das sensações dolorosas e da provocação de outras emoções (Nigro, 2004).

A doença faz surgir na vida da criança um novo contexto, que exige a mobilização de recursos internos para a adaptação necessária à situação imposta pela condição do adoecimento. Novas relações se estabelecem, e o médico e o hospital passam a fazer parte desse novo contexto (Lima, 2004, p. 81)

A doença e a hospitalização do sujeito criança repercutem na posição subjetiva de cada membro da rede familiar, a qual está envolta no desejo parental instável (Britto, 2010). Nas crianças, em se tratando de hospitalização, existem inúmeras consequências nocivas, sendo elas: privação materna (sensação de abandono com possíveis consequências emocionais, físicas, sociais e intelectuais), medo do desconhecido, medo da morte, estresse, ansiedade, sensação de punição/culpa, limitação de atividades e estimulação, aparecimento

ou intensificação do sofrimento físico, despersonalização (Britto, 2010; Chiattonne, 2003; Lewis & Kellet, citado por Castro, 2007; Nigro, 2004).

Segundo Chiattonne (2003) e Trinca (1987, citado por Lima, 2004), a essas consequências nocivas da hospitalização da criança podem incutir diversos aspectos, os quais são:

- Idade (consenso entre experiência clínica e estudos na área: faixa etária entre os dois e os cinco anos de idade é a mais crítica, pois elas têm poucos recursos para lidar com a situação de doença/hospitalização que elas já conseguem perceber),
- Situação psicoafetiva (quando adoece e é hospitalizada),
- Relacionamento prévio com a mãe e/ou substituta (experiência clínica: crianças com relacionamento seguro sofrem menos durante a hospitalização e apresentam poucas sequelas negativas no pós-internação),
- Personalidade (como se caracteriza essa personalidade; como foi o desenvolvimento da crianças antes da doença e da hospitalização; como se caracteriza seu relacionamento interpessoal),
- Capacidade de adaptação (diante de novas situações, desconhecidas e ameaçadoras), atitudes da equipe hospitalar (sem flexibilidade e carinho),
- Rotinas hospitalares (rigidez profissional, desconsideração dos aspectos biopsicossociais),
- Experiências vividas durante a hospitalização (medidas terapêuticas agressivas, dor, separação materna),
- Duração da hospitalização (aumento de sintomas ansiosos e depressivos aproximadamente com 14 dias),
- Tipo de internação (emergência ou ambulatório) e

- Natureza da doença (patologia terminal ou patologia simples).

Sabendo da existência desses agressores, algumas medidas preventivas e humanizadoras podem ser tomadas a fim de reduzir o sofrimento causado pela hospitalização. Nigro (2004) aponta exemplos que estão no cotidiano da prática hospitalar, como chamar o paciente e o acompanhante pelo nome, bem como o reconhecimento dos profissionais por parte do paciente e, “no caso do psicólogo clínico hospitalar, disponibilizar-se para a escuta, tentando minimizar o sofrimento e a angústia do paciente e da sua família” (Nigro, 2004, p. 30).

Uma medida preventiva recorrente é a preparação da criança para a hospitalização, a qual deve ser realizada pelos pais, os quais serão instruídos para o bom desempenho dessa função. O objetivo é ambientar a criança quanto à estrutura e rotina da enfermaria, bem como as pessoas que a frequentam, além do caráter temporário ou não da internação (Chiattonne, 2003). A equipe precisa compreender a necessidade do “suporte adequado à díade criança-família” (Lima, 2004, p. 83).

É preciso ressaltar que a hospitalização pode gerar sequelas graves e ser um evento traumático, quando agravado por medidas terapêuticas agressivas, pelo ambiente ameaçador, por uma equipe de saúde rígida, por sofrimento, dor e pela imposição da separação da mãe (Chiattonne, 2003).

O recurso interpessoal mais importante que as crianças podem ter frente às situações de doença, dor e hospitalização é o apego seguro aos seus cuidadores (Trianes, 2002). São eles que vão ajudá-la a enfrentar as dificuldades e a modificar seu estilo de vida, especialmente quando a criança é pequena. Com o passar do tempo, as crianças assumem, pouco a pouco, sua própria capacidade de lidar com a situação (Castro, 2007, p. 402).

Por isso, além de ambientar a criança, é necessário estabelecer um diálogo recorrente quanto sua condição de saúde, uma vez que ela é capaz de captar fragmentos nos olhares, gestos e falas codificadas, os quais ela utiliza para conseguir entender o que lhe acontece. A ausência de preparação, informação e explicação para os procedimentos médicos que precisa passar são elementos que contribuem para a criança fantasiar ainda mais sobre sua condição e sobre os medos do que lhe possa acontecer (Britto, 2010).

A criança como um sujeito de direito deve saber sobre sua condição de saúde e sobre sua doença, o que contribui para que ele consiga organizar seus sentimentos e emoções, a partir recursos internos para sua adaptação ou não à situação (Lima, 2004; Trianes, 2002, citado por Castro, 2007).

Diante desses temores, aqueles que estão ao redor da criança (profissionais de saúde e familiares) tendem a reprimir suas emoções (afetos como medo, raiva e tristeza) sem se dar conta de que isso pode levar às manifestações sintomáticas e psicossomáticas. Se a postura desses mesmos cuidadores fosse a de permitir a criança trazer suas angústias e seus anseios, ou mesmo de manusear os instrumentos e aparelhos médicos, com os quais passará pelo procedimento, a possibilidade dela se tranquilizar é maior, além de passar a criar um laço social pelo discurso com a equipe de saúde (Britto, 2010).

É inquestionável que o diálogo com a criança deva ser franco e sincero, sem ludibriar com mentiras. Quando a criança percebe que foi enganada, perde a confiança naquele de quem recebe os cuidados o que pode torná-la resistente aos atos médicos posteriores (Britto, 2010; Chiattonne, 2003).

O que se espera, portanto, é a honestidade dos pais, que devem conversar com ela sobre o que sabem, explicando-lhe o que vai ser feito, para que vai ser feito, de forma clara e em uma linguagem compreensível, ainda que a internação seja de emergência (Britto, 2010, p. 35).

Outras medidas preventivas e humanizadoras são: recepção do paciente e familiar ao processo de hospitalização (preparação da equipe para acolher e orientação clara do funcionamento da enfermaria) prazo de internação (quando prolongado, utilizar licenças temporárias), direito da criança em receber visitas e preparo da alta (evita reinternações, abandono do tratamento e prejuízos à saúde física e mental das crianças) (Chiattonne, 2003).

Faz-se necessário salientar que o direito da criança em receber visitas é diferente do direito da criança à acompanhante. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que a criança tenha o direito de ser acompanhada em tempo integral durante a internação. É evidente a redução dos efeitos traumáticos causados pelo distanciamento da criança do que lhe é conhecido e do impacto emocional da hospitalização quando na presença de seus pais (Britto, 2010; Crepaldi & Hackbarth, 2002, citado por Broering & Crepaldi, 2008).

Entendida como um ser único, cada criança terá um posicionamento subjetivo frente à experiência de internação, “expressando diferentes conteúdos emocionais” (Mondolfi & Salmem, 1993, citado por Broering & Crepaldi, 2008, p. 65). E é oferecendo esse espaço subjetivo que os profissionais de Psicologia encontram a possibilidade de atuar, acolhendo as demandas, buscando compreender a história da criança até aquele momento e oferecendo uma escuta que permita o próprio sujeito encontrar outras saídas para suas angústias e sofrimento (Britto, 2010). O objetivo da Psicologia nesse contexto é “a diminuição do sofrimento inerente ao processo de hospitalização e doença” (Chiattonne, 2003, p.55).

Entende-se que trabalhar na pediatria é “objetivar a que a criança e a família sejam elementos ativos no processo de hospitalização e doença, recebendo, é claro, um suporte verdadeiro por parte da equipe de saúde” (Chiattonne, 2003, p.55). Para a criança, informar sobre questões médicas possibilita que ela adquira e amplie seu repertório de comportamentos mais ativo em relação ao ambiente hospitalar (Costa, Coutinho & Ferreira, 2006, citado por Broering & Crepaldi, 2008).

Para tanto, o psicólogo possui diversos instrumentos de trabalho, os quais podem ser utilizados durante as intervenções, mas a escolha por um ou por outro dependerá do estado em que se encontra a criança no quadro clínico de sua doença. Chiattonne (2003) afirma que “a atuação junto aos pacientes é operacionalizada através de estimulação, terapia através do brinquedo e terapia de apoio (individual ou em grupo)” (p.55). O fato é que, “no hospital, faz-se necessário instituir um espaço para o brincar” (Britto, 2010, p. 47). E é nesse brincar que “muitas vezes, a criança nos surpreende com a sua capacidade para enfrentar as adversidades, o inusitado, a doença e a dor” (Britto, 2010, p. 48).

Broering & Crepaldi (2008), ao realizar uma revisão crítica literária quanto às intervenções com crianças no contexto hospitalar, levantam informações interessantes como a necessidade de informação à criança do que está acontecendo com ela e dos diversos procedimentos médicos que o tratamento do seu quadro clínico exige. Os estudos descritos apontam inúmeras maneiras de intervenção para promover a preparação psicológica para os procedimentos médicos como um todo, por exemplo, punções venosas, injeções, administração de medicamentos, cirurgias etc. São “procedimentos que costumam gerar dor e ansiedade e, embora necessários, adquirem caráter ameaçador, agressivo e invasivo” (Uman, Chambers, McGrath & Kisely, 2008, citado por Broering & Crepaldi, 2008, p. 62).

O planejamento da intervenção requer a consideração de fatores importantes para serem levantados com a família, os quais embasarão a “análise acurada da criança e de suas condições psicossociais” (Le Roy & cols, 2003, citado por Broering & Crepaldi, 2008, p. 64). São eles:

(...) o nível de desenvolvimento da criança e seu estilo de enfrentamento; a compreensão da criança e da família sobre sua condição médica e sobre o procedimento médico a ser realizado; experiência prévia de hospitalização e particularmente de situações adversas; sintomas emocionais, cognitivos e físicos;

medos em geral e de procedimentos específicos; composição familiar, incluindo fatores linguísticos, culturais e religiosos; o método mais apropriado para lhes transmitir as informações (verbal, visual, escrita e sensorial); outros estressores familiares como os financeiros, sociais, outros eventuais problemas de saúde; além do modo segundo o qual os familiares tomam decisões (Le Roy & cols, 2003, citado por Broering & Crepaldi, 2008, p. 64).

As intervenções são diversas, mas percebe-se que recorrentemente tem-se a descrição daquelas utilizadas pela teoria cognitivo comportamental, como “exercícios de respiração, de imaginação, modelação, reforçamento e ensaio comportamental” (Broering & Crepaldi, 2008, p. 64). Porém, existem outras possibilidades como a representação do próprio corpo pela arte ou pelo desenho infantil, “pois transmite de forma simbólica essa relação do sujeito com os outros e com seu mundo interno” (Nigro, 2004, p. 66).

Independente da intervenção utilizada, a Psicologia clínica hospitalar possibilita o lugar do sujeito por trás da doença ao funcionar como interlocutora dele a partir da rede de comunicação estabelecida por uma escuta significativa. Esse lugar permite ao sujeito que adoece ou ao seu familiar diminuir o sentimento de despersonalização (Nigro, 2004).

Tanto a criança quanto seus pais devem ser encorajados a expressar suas emoções durante o período de internação. A adaptação pretendida não é a obtenção da conformidade e da passividade extremas, mas sim a de ter reações normais de alegria, de medo, com riso, choro, nos diferentes momentos da hospitalização (Lima, 2004, p. 82).

Considerando a rede de pessoas que está em torno da criança, sejam eles cuidadores (acompanhantes e familiares), ou profissionais de saúde, as demandas para os psicólogos também são constantes. Inserida no trabalho de humanização do atendimento em instituições

hospitalares, a família deve participar do processo de adoecimento e hospitalização (Chiattonne, 2003).

Para atuar junto aos cuidadores e às famílias, é preciso compreender o “baque” causado pelo saber sobre o diagnóstico e pela internação, onde “mitos e verdades coabitam o espaço/tempo de confronto com a dura realidade” (Britto, 2010, p. 36). Entretanto, diferentemente do que se pensa, esse “baque” não é oriundo da dificuldade de compreensão sobre a doença, e sim do impedimento da junção entre *razão* e *afeto*, causado por um *bloqueio emocional* de um “não querer saber” utilizado como mecanismo de defesa e proteção do *eu* (Britto, 2010). “Dificuldades de elaboração psíquica e de manejo pragmático da situação são comumente vivenciadas pelos pais, podendo levar a um aumento do nível de ansiedade, que se transmite à criança de forma negativa” (Lima, 2004, p. 81).

Ainda na tentativa de querer se defender, os pais costumam buscar o culpado pela situação de adoecimento e pela hospitalização (Chiattonne, 2003; Britto, 2010). Diante disso, a intervenção psicológica acontece no luto ocasionado pela “queda do ideal de saúde, para que possam aceitar e vir a amar a sua criança, com limitações e imperfeições, duradouras ou não” (Britto, 2010, p. 37), podendo ocorrer também nas reações de “culpa, hostilidade, agressividade, desestruturação, negação, medo e depressão” (Chiattonne, 2003).

A atuação visa à atenção, o apoio, a compreensão, o suporte ao tratamento, a clarificação de sentimentos, o esclarecimento sobre a doença, o fortalecimento do grupo familiar – reorganização do grupo, o levantamento de dados sobre a relação familiar, o estar junto, o apoio incondicional (Chiattonne, 2003, p. 95).

Uma possibilidade de trabalhar os sentimentos e emoções dos cuidadores advindos da doença e da internação é o *Grupo Terapêutico* (GT) descrito por Britto (2010), o qual é um espaço para expor anseios, queixas, angústias, reivindicações e aflições. Quando necessário, também é disponibilizado atendimento psicológico individual, de casal e familiar.

Quanto ao trabalho com os profissionais de saúde, devido o foco do trabalho do psicólogo hospitalar ser o paciente e seu acompanhante, as intervenções são pautadas para esse fim (Romano, 1999, citado por Nigro, 2004). Para tanto, “a equipe de saúde deve atuar procurando fazer com que a hospitalização e a situação de doença sejam bem compreendidas pela criança e por sua família. Devem-se evitar, também, situações difíceis e traumáticas durante este período” (Chiattone, 2003, p. 55).

O objetivo do atendimento da equipe de saúde deve seguir sempre o princípio de minimizar o sofrimento da criança hospitalizada, promovendo-lhe saúde e principalmente fazendo dessa criança um elemento ativo dentro do processo de hospitalização e doença, valorizando a relação de influxos satisfatórios entre mãe e filho e compreendendo os riscos e sequelas da separação desse binômio, buscando atingir o desempenho de uma pediatria global (Chiattone, 2003, p. 26).

Porém, assim como a equipe hospitalar espera da criança o comportamento colaborativo, Lima (2004) aponta para a expectativa que existe com referência à perfeição materna, sem considerar se a mãe está ou não em condições de prestar o suporte necessário ao filho: “com frequência, há uma expectativa de que a mãe permaneça constantemente como acompanhante, acate as orientações médicas e de enfermagem, mostre-se “estável emocionalmente”, atuando de forma resignada como corresponsável nos cuidados prestados à criança” (p. 83).

Procura-se “realizar em equipe um atendimento efetivo às mães e famílias de todas as crianças internadas, para que elas, em troca, possam nos ajudar no restabelecimento ou no alívio do sofrimento do paciente” (Chiattone, 2003, p. 96). Para tanto, “é desejável que os psicólogos possam contribuir para a sensibilização dos técnicos de saúde que trabalham com crianças e adolescentes para os aspectos psicológicos envolvidos nas práticas profissionais” (Trindade & Teixeira, 1998, p. 157).

Capítulo 4 – Metodologia

Tendo por objetivo analisar como se configura a prática do psicólogo no hospital, na perspectiva de uma estagiária de Psicologia, o presente estudo identificou a necessidade de se trabalhar com uma metodologia que pudesse contribuir com a análise das informações relacionadas ao objetivo proposto.

Entende-se por metodologia “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”, incluindo “as concepções teóricas da abordagem, articulando-se com a teoria, com a realidade empírica e com os pensamentos sobre a realidade” (Minayo, 2012a, pp. 14-15).

Diante disso, a pesquisa teve por objeto o universo da produção humana identificado por Minayo (2012a) como as relações, as representações e as intencionalidades, os quais não podem ser quantificados e, por isso, requerem outro tipo de análise que dê conta do “universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2012a, p. 21), ou seja, é um estudo de análise qualitativa das informações levantadas em campo.

Visando alcançar o objetivo proposto, a pesquisa foi estruturada em duas etapas. A primeira etapa consistiu em aprofundar a pesquisa bibliográfica de forma “disciplinada, crítica e ampla” (Deslandes, 2012, p. 36), em artigos e livros que envolvam o tema em questão.

A segunda etapa foi estabelecida a partir da técnica da observação participante, a qual foi delineada na experiência da pesquisadora associada em estágio supervisionado no setor de Pediatria de um hospital público do Distrito Federal. A observação participante se fez necessária para que a pesquisadora pudesse alcançar o que propõe Minayo (2012b, p.70): aproximar-se dos interlocutores do espaço social em questão, “aprendendo a se colocar no lugar no outro”.

Especificamente para essa segunda etapa, o instrumento utilizado foi o “*diário de campo*, que nada mais é que um caderninho, uma caderneta, ou um arquivo eletrônico no qual escrevemos todas as informações que não fazem parte do material formal de entrevistas em suas várias modalidades” (Minayo, 2012b, p.71).

Os dados e as observações de campo foram registrados diariamente de forma detalhada no diário de campo para que fosse possível levantar, a partir da leitura sistemática desses registros, informações pertinentes para análise posterior.

Capítulo 5 - Análise de Informações

A análise das informações deu-se a partir da leitura sistemática do diário de campo acerca da minha experiência de estágio para construir categorias temáticas de análise relacionadas à prática do psicólogo no hospital. Posteriormente, as categorias temáticas foram articuladas ao material da revisão literária. Segundo Gomes (1994, p. 71), “as categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso”. Esse autor afirma que as categorias podem ser estabelecidas ou para investigação (a priori), ou a partir da coleta de informações (a posteriori), ou utilizando ambas, na medida em que, após o estabelecimento dessas categorias, elas seriam comparadas entre si. No caso da presente pesquisa, a análise das categorias ocorreu a posteriori.

Para categorizar, Selltiz e outros autores (1965, citado por Gomes 1994) afirmam que é necessário seguir três princípios, sendo eles: utilizar o mesmo critério para estabelecer categorias, possibilitar incluir qualquer resposta em uma das categorias estabelecidas e, por fim, cada conteúdo coletado e analisado só pode estar contido em uma única categoria, sendo exclusiva a essa. No presente trabalho, dentre inúmeras possibilidades, as categorias construídas e selecionadas foram:

- Categoria 1 - A Inserção da Psicologia no Contexto Hospitalar: a busca pela afirmação e reconhecimento de seu trabalho na equipe multiprofissional;
- Categoria 2 - Cuidar do Cuidador: a contribuição da Psicologia na humanização do atendimento da equipe de saúde à díade paciente-acompanhante;
- Categoria 3 - Cuidar do Acompanhante: a importância de sua participação no cuidado do paciente e a parceria com a equipe de saúde;

- Categoria 4 - O Desenvolvimento Infantil e o Espaço para Brincar no Cenário da Hospitalização Infantil.

Categoria 1 - A Inserção da Psicologia no Contexto Hospitalar: A Busca pela Afirmação e Reconhecimento de seu Trabalho na Equipe Multiprofissional

O trabalho da Psicologia no hospital tem como foco o paciente e objetiva “minimizar seu sofrimento” frente o adoecimento e internação. De certa forma esse também é o foco dos demais funcionários que trabalham no hospital. Porém, percebe-se questões que desviam o foco dos profissionais no paciente para a preocupação com a hierarquia e subordinação, além da constante busca pelo fortalecimento da classe trabalhadora a que pertencem.

Ressalta-se que a problemática apontada é quanto à mudança de foco, e não o quanto é inquestionável a necessidade de afirmar o trabalho de cada profissão no contexto hospitalar. Para não deixar dúvidas, compreende-se que, assim como a educação, a saúde e tudo o que lhe diz respeito não são tratadas no nosso país como prioridade, a valer pelo reconhecimento salarial dos profissionais e pela precariedade da infraestrutura do local de trabalho.

Outra observação é relativa às definições dos âmbitos de atuação de cada profissão, pois alguns profissionais tomam a iniciativa de responder questões que competem a outros profissionais responderem. Talvez isso ocorra por adotarem uma postura de autoafirmação no trabalho ou mesmo por buscarem o sentimento de pertencimento a esse ambiente. Independente do que seja, é preciso definir o que os profissionais juntos fazem, juntos querem e o que cabe a cada um.

O psicólogo:

Pode, ainda, realizar uma análise da dinâmica multiprofissional, proporcionando, através dela, reflexões entre os membros, sobre os papéis de cada um frente ao paciente, à família do paciente e aos demais colegas do grupo, e, também, sobre o seu

próprio papel como parte integrante da equipe, sempre no sentido de um favorecimento da saúde de todos os envolvidos (Bruscato et al., 2004, p. 39).

Penso que a prática do Modelo Biomédico é um fator que contribui e ainda persiste no contexto hospitalar. Os que ainda atuam nesse modelo, focam suas práticas na resolução do problema *doença* e desconsideram, ou mesmo *desprezam*, outras questões de ordem social e psíquica, sem contar a espiritual.

Para melhor compreensão dessa análise, faz-se necessário descrever a estrutura de funcionamento onde atuam os profissionais. Em geral, as unidades de Pediatria do hospital são separadas por enfermarias, as quais estão localizadas em corredores distintos. Cada enfermaria possui os critérios de patologia (grau de comprometimento e natureza) e de procedimentos necessários para tratar os pacientes e é composta por diversos profissionais.

Entretanto, a composição dos profissionais nas equipes variam de enfermaria para enfermaria. Enquanto médicos (staff, residentes e internos), enfermeiro e técnico de enfermagem estão sempre presentes nas equipes, os demais componentes variam de acordo com a disponibilidade do profissional da área no hospital, sendo eles: psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e nutricionista. Entendo que essa variação da composição da equipe contribui com a forma como ocorrem as visitas médicas, pois enquanto em algumas enfermarias pelo menos um profissional das várias áreas de saúde está presente para participar das discussões dos casos, em outras apenas o médico e seus alunos (residentes e internos) discutem os casos.

Percebe-se, por essas descrições, que se o trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional ainda não é realidade em todas enfermarias pediátricas, como exigir que seja transdisciplinar? Acredito que o número insuficiente de profissionais para o número elevado de demanda para trabalhar seja um fator que contribui com essa prática.

Corroborando com essa prática, os profissionais de Psicologia respondem

administrativamente pelo seu trabalho a um setor de saúde mental, e não diretamente ao chefe de cada enfermaria. Esse fato, apesar de fortalecer o trabalho da saúde mental a partir de planejamento, promoção e execução de intervenções, contribui para a perda significativa do espaço da Psicologia na equipe multiprofissional e de sua participação nas decisões tomadas quanto aos tratamentos oferecidos aos pacientes e seus acompanhantes, ou seja, deixa de ser um trabalho interdisciplinar.

Apesar disso, alguns profissionais de saúde reconhecem a necessidade da atuação da Psicologia e de sua participação nas discussões dos casos. Todavia, ainda permanece, em seus discursos, a incompreensão quanto às diferenças existentes entre os protocolos da Psicologia e os existentes nas demais categorias de profissionais de saúde. Por mais avançadas que sejam as pesquisas, entende-se que cada caso é um caso, pois falamos de pessoas que são únicas e que lidam de forma diferente com a mesma situação, nessa circunstância o mesmo diagnóstico. Por isso, faz-se mais do que necessário resgatar o sujeito por trás da doença para torná-lo elemento ativo no processo de adoecimento e hospitalização.

Outra observação da prática hospitalar é a demanda elevada de pareceres psicológicos e psiquiátricos. Porém, sabe-se que as respostas aos pareceres, que são colocadas no sistema unificado de informações de saúde do hospital, nem sempre são utilizados pelos demais membros da equipe, por mais que seja um sistema de livre acesso também a esses profissionais. Pergunta-se: para que servem as evoluções dos atendimentos?

Acredito que o início do reconhecimento das questões psíquicas no tratamento do corpo físico seja a solicitação de parecer para a Psicologia. Contudo, o que a prática evidencia é que as evoluções dos atendimentos da Psicologia são utilizadas apenas pelos profissionais dessa área. Em se tratando de um atendimento que acontece em rede, como é o SUS, considero indiscutível a relevância das evoluções desses atendimentos. Porém, como o trabalho do psicólogo acontece em uma equipe que é multidisciplinar e que visa o

atendimento interdisciplinar, não faz sentido os demais profissionais apenas solicitarem parecer, e não considerarem a resposta ao parecer para as tomadas de decisões dos casos atendidos.

O número elevado de parecer, no meu entendimento, deflagra a má gestão da atenção básica de saúde, que sobrecarrega a atenção hospitalar e ambulatorial. Para o psicólogo, especificamente, o desafio torna-se a “articulação entre o atendimento às demandas da equipe e a preservação da atenção às necessidades do paciente” (Bruscato et al., 2004, p. 39). Contudo, percebe-se que, diante desse desafio e considerando o número reduzido de profissionais de Psicologia, os psicólogos acabam sobrecarregados e adoecendo.

Diante desse contexto, a Psicologia tenta se estruturar e se firmar como campo de atuação no hospital a partir do acolhimento à díade paciente-acompanhante. Para tanto, busca, através do estabelecimento de vínculo e de uma escuta ativa qualificada,:

- Analisar a compreensão do diagnóstico e do tratamento por parte do paciente e seu acompanhante;
- Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por eles;
- Avaliar a rede de apoio social e as reações emocionais de cada um;
- Intervir após a conclusão da avaliação psicológica, a fim de realizar aconselhamento psicológico e orientação familiar, com o objetivo de alcançar o bem-estar emocional do paciente e de seu acompanhante.

Categoria 2 - Cuidar do Cuidador: A Contribuição da Psicologia na Humanização do Atendimento da Equipe de Saúde à Díade Paciente-Acompanhante

Mesmo diante de todas as possibilidades de trabalho, boa parte do tempo, as demandas realizadas aos profissionais de Psicologia concentram-se em “apagar incêndio” e/ou “traduzir o que foi dito”. Essas expressões, geralmente indicadas, respectivamente, pelos

termos “bombeiro” e “tradutor”, são utilizadas pelos servidores do hospital de maneira geral, até mesmo pelos próprios psicólogos, o que é, no mínimo, inaceitável, pois esses termos desqualificam nossa atuação.

Para compreender um pouco mais sobre essa demanda, explico melhor o que querem dizer as expressões acima citadas. O termo “bombeiro” é utilizado para mencionar o ato de “apagar incêndio” provocado por um paciente ou acompanhante “descompensado” emocionalmente, que apresenta um ou mais dos seguintes *sintomas*: choro constante, irritabilidade, agressividade e outros.

Nessa turbulência de sentimentos, percebi, inúmeras vezes, a dificuldade que os profissionais encontram de lidar com a dor do outro e eu me incluo nessa. Porém, parece existir um tabu que impede as pessoas de assumirem essa dificuldade, quando, na verdade, essa comoção pode ser utilizada como uma ferramenta para a alteridade, entendida como a capacidade de enxergar o outro no sentido de que ele me afeta, assim como eu o afeto.

A dificuldade dos profissionais perpassa também pela necessidade que encontram de enquadrar o paciente e seu acompanhante numa determinada lógica ou papel social esperado, ou seja, nos ideais culturais de criança comportada, mãe imaculada e pai presente fisicamente (sim, porque o discurso é marcado por questões de gênero tanto da família quanto da equipe). E isso desconsidera que estamos lidando com pessoas com singularidades em suas histórias de vida, como por exemplo o baixo grau de escolaridade e/ou o contexto sociocultural em grande parte violento e machista. Diante dessa postura, os profissionais parecem esquecer-se da ética que juraram seguir, misturando-se com discursos meramente leigos e com posicionamentos preconceituosos, os quais podem chegar a limitar e prejudicar aquele que deveria ser assistido, causando-lhe sofrimento psicológico.

(...) na equipe, o psicólogo tem ainda a função de redirecionar o olhar dos demais profissionais para a individualidade de cada paciente e para os aspectos subjetivos

envolvidos no adoecer, ou seja, favorecer o reconhecimento dos aspectos psicológicos presentes na doença ou na relação com a equipe de saúde, colaborando, assim, para a humanização do atendimento (Bruscato et al., 2004, p. 39).

O termo “tradutor” é utilizado pelos servidores para designar a função de traduzir o que a equipe informou ao usuário, no caso, crianças, adolescentes e seus acompanhantes, quanto ao diagnóstico e ao tratamento. Entendo que essa função seja empoderar o usuário quanto ao processo de doença e hospitalização, tornando-o elemento ativo e protagonista da saúde. Na Psicologia, parte-se do princípio de que para cada pessoa será diferente e analisa-se os diversos fatores que podem influenciar a compreensão ou não do que foi informado ao usuário, sejam eles de ordem biológica, socioculturais ou psíquicas. Porém, independente da análise, o psicólogo procura deixar o registro da fala do que precisa ser dito, fazendo um paralelo entre os termos médicos e termos que são compreendidos pelos usuários do hospital.

Mas por que existe essa necessidade de traduzir? Será por ausência de conteúdos na formação acadêmica dos profissionais que os permitam compreender a importância da legitimação dos sentimentos do outro? Isso não seria resolvido a partir da capacitação continuada? Acredito que em parte sim, pois possibilitaria que eles conhecessem os fatores do adoecimento e da hospitalização, como procedimentos invasivos e o ambiente estressante, que desencadeiam consequências emocionais nocivas ao paciente e seu acompanhante, que podem aparecer a curto, médio ou longo prazo. Outro conhecimento necessário seria quanto os diferentes perfis de pessoas com o objetivo de trabalhar a colaboração da díade paciente-acompanhante com a internação, compreendendo e respeitando a singularidade de cada um. Em se tratando de internação pediátrica, faz-se necessário *ganhar* a confiança da criança sendo preciso estipular a máxima “fale a verdade, jamais minta para uma criança”.

Diante desses conhecimentos, seria possível trabalhar com prevenção no contexto hospitalar, como, por exemplo, a preparação da equipe para ambientar a díade paciente-

acompanhante à estrutura da enfermagem onde estão internados e de sua rotina, desde os horários das visitas médicas até os procedimentos necessários ao tratamento, como punção venosa, raio X, entre outros. Talvez conseguiríamos, ao final dessa capacitação, um atendimento mais humanizado, o qual está previsto na Política Nacional de Humanização (PNH). Nessa política, o atendimento humanizado visa responsabilizar os profissionais pelo atendimento ético prestado aos usuários e o estabelecimento de vínculo solidário, o qual é necessário para uma prática mais acolhedora e mais resolutiva (Ministério da Saúde, 2010).

A ineficiência dessa preparação também é preocupante, porque repetem-se inúmeras vezes os questionamentos quanto ao motivo da internação e a imposição das regras institucionais aos usuários, o que colabora para *revitimizá-los*. Nesses pontos levantados, questiona-se a forma como são realizadas as entrevistas (anamneses), que mais parecem interrogatórios, e a orientação quanto à rotina hospitalar, a qual acontece repetidas vezes ou simplesmente não acontece.

Entendo que é preciso incluir na graduação dos profissionais da área da saúde matérias que abordem a importância do vínculo cuidador-paciente. Nelas, um dos conteúdos desenvolvidos seria a legitimação dos sentimentos e emoções do outro, ensinando-os a deixarem de lado jargões médicos e a falar de igual para igual. Essas posturas são importantes para estabelecer sentimentos mútuos, como respeito e confiança, os quais contribuem não apenas com o tratamento, mas também para um clima organizacional favorável ao usuário e à equipe de saúde.

Contudo, enquanto isso não acontece, uma estratégia importante seria investir no comprometimento dos funcionários com seu trabalho, a partir de questões morais e éticas de uma postura profissional e não leiga. Acredito que isso responsabilizaria os servidores pelo funcionamento adequado do SUS, pois eles são parte da engrenagem desse sistema e, se

faltam com sua ética e compromisso com o cuidado do outro, acabam “emperrando” esse sistema.

Essa questão levanta fatores relacionados à Psicologia Organizacional, como motivação para trabalhar, clima organizacional, saúde do trabalhador, entre outros. Esses fatores poderiam ser desenvolvidos no macro-objetivo do Programa Humaniza SUS de valorização do trabalho na saúde. Esse investimento contribuiria, de alguma forma, para minimizar os desgastes ocasionados pela natureza do trabalho no contexto hospitalar, como estresse, depressão e ansiedade, os quais colaboram com o adoecimento dos profissionais e, consequentemente, com o aumento de afastamentos do trabalho por motivo de doença.

O adoecimento dos profissionais é evidente e chega a ser ameaçador, pois ocorrem, recorrentemente, falhas graves de comunicação entre os membros da equipe quanto a reprogramação da medicação ou quando rediscutida, a pedido de outra área da saúde, como a Psicologia, a alta médica de um paciente, e, mesmo assim, não ser considerada. Percebe-se, enfim, que não há um suporte aos trabalhadores no que confere sua saúde mental. Exige-se deles atendimento humanizado, sem prestar-lhes qualquer assistência e condições de trabalho adequadas, além da remuneração corresponder à falta de reconhecimento da saúde na política brasileira.

Existe, enfim, a necessidade de trabalhar um projeto que vise o cuidado com o cuidador, entendendo que eles estão na “linha de frente” dos atendimentos prestados às crianças, adolescentes e seus acompanhantes. Portanto, ao cuidar do cuidador, podemos minimizar os efeitos nocivos que acarretam a relação interpessoal (paciente-equipe-acompanhante), que é rotineira.

Categoria 3 - Cuidar do Acompanhante: A Importância de sua Participação no Cuidado do Paciente e a Parceria com a Equipe de Saúde

O direito à acompanhante conquistado pela criança existe e pareceu-me ser inquestionável nesse contexto hospitalar. Todavia, existe uma incompreensão de alguns profissionais quanto à importância do acolhimento aos acompanhantes e participação deles nas decisões tomadas quanto ao tratamento da criança ou adolescente hospitalizado.

Acredito que, ao trabalhar essas questões, possibilitaria firmar a parceria entre a equipe médica e o acompanhante (evitando a transferência de cuidados entre as partes), o que contribuiria com a adesão ao tratamento médico e com a redução de re-internações, uma vez que as informações e orientações podem ser melhores trabalhadas e compreendidas pelos acompanhantes quando eles possuem maior confiança e abertura com a equipe.

O psicólogo, ao integrar a equipe de saúde, deve favorecer o funcionamento grupal, facilitando, quando necessário, a comunicação interna. Com isso, estará criando possibilidades de vínculos na interação entre os membros do grupo e na relação do paciente e familiares com a equipe, como um todo (Bruscato et al., 2004, p. 39).

Além disso, apesar de considerar de suma importância dar voz aos próprios pacientes (crianças e adolescentes) internados, percebo que eles se mobilizam muito quando seus entes queridos estão sofrendo. Por isso, faz sentido intervir também com seus acompanhantes para fortalece-los nos cuidados durante a internação e após alta médica. Na citação a seguir, por mais que esteja direcionada à primeira infância, faz todo o sentido pensar como uma prática que deveria acontecer durante todas as fases do desenvolvimento humano.

(...) o primeiro desafio que nos deparamos, na primeira infância, é o encontro com os pais, que são os primeiros e maiores promotores de saúde mental. Pouco pensamos nisso em nossas cartilhas, mas a saúde de cada bebê que nasce depende das qualidades

destes seus primeiros (e, ainda que indiretamente, eternos) cuidadores (Ministério da Saúde, 2012a, p. 231).

Na hospitalização, o acompanhante (em sua maioria os pais das crianças e adolescentes) precisa conhecer e reconhecer seu papel cuidador. Esse papel pode ser proporcionado por um ambiente de atenção, carinho, tranquilidade e amor, ou seja, cabe a eles transmitir e trocar sentimentos que, apesar de não serem mensuráveis, são reconhecidos como importantes no tratamento físico.

Informar ao acompanhante o seu papel nos cuidados com seu ente querido e legitimar seus sentimentos são modos de cuidar dele. Além de prestar continência emocional e orientação familiar diariamente nas enfermarias pediátricas do hospital, o psicólogo pode trabalhar com Grupos de Convivência (Grupos de Pais e Oficinas de Artesanato, por exemplo) com o objetivo de reduzir os sofrimentos psíquicos oriundos do adoecimento e hospitalização. Essa estratégia é extremamente útil e necessária, uma vez que, além de minimizar em parte a elevada demanda por atendimento, trabalhar com grupo tem grandes vantagens terapêuticas, pois a continência emocional e orientação familiar servirão de alguma forma para todos os membros que compõem o grupo.

Devido ao elevado índice de demanda e pela necessidade de se trabalhar com prevenção, entendo que faz-se necessário implementar uma Escola de Pais para preparar mulheres e homens para exercerem a função de mãe e pai, respectivamente. Mas isso seria melhor implementado na atenção básica.

Categoria 4 - O Desenvolvimento Infantil e o Espaço para Brincar no Cenário da Hospitalização Infantil

Sabe-se que para promover o desenvolvimento infantil é preciso considerar a brincadeira como um instrumento valioso, pois ela contribui para o desenvolvimento

cognitivo (memória, atenção e percepção, por exemplo), sensorial (audição, paladar, olfato, tato e visão) e sócio afetivo. Na promoção de saúde na infância, considera-se a hipótese de que as práticas de brincar, imaginar e contar são necessárias (Ministério da Saúde, 2012a).

No contexto hospitalar, a importância da brincadeira como estratégia de intervenção do psicólogo é indiscutível. Em revisão bibliográfica, Oliveira (2012, pp. 2-4) aponta que:

No caso de crianças, a criação de estratégias como forma de atenuar o processo de hospitalização decorrente do estresse e ansiedade devido à doença, além do sofrimento físico, procedimentos médicos e rotina hospitalar desgastante, torna-se de fundamental relevância. Dessa forma, o brincar no hospital surge como um poderoso recurso que possibilita à criança o resgate da sua vida antes do processo de hospitalização e, segundo Silva (2006), favorece a sociabilidade, interação e dinamismo mesmo com a restrição do espaço físico e das limitações provenientes do adoecimento.

Guerrelhas, Buenos e Silvaes (2000, citado por Reis, 2008) apontam a brincadeira como uma possibilidade que a criança encontra de aprender maneiras de se comportar diante de novos estímulos presentes no ambiente, tomando consciência de si e do local em que se encontra. É importante também salientar as contribuições da brincadeira para o desenvolvimento infantil, que pode encontrar-se fragilizado em decorrência da doença e os benefícios que o brincar pode proporcionar ao infante, já que se encontra num ambiente restrito, limitado, cheio de regras e que impossibilita a criança de atuar da mesma forma que antes da doença.

A brincadeira no contexto hospitalar é então um instrumento de intervenção utilizado como forma da criança construir estratégias de enfrentamento em relação à doença, hospitalização, comunicação e resolução de conflitos. Através do brincar, a criança

pode se expressar melhor, assim como demonstrar os seus sentimentos e resgatar a si mesma (Fortuna, 2007).

A brincadeira também é utilizada como instrumento para intervenção por diversos profissionais da área hospitalar, mas nem sempre o material necessário é suficiente e às vezes se quer é disponibilizado. Por esse motivo, os materiais (como brinquedo, papel e outros) são arrecadados ou em doações, ou levados pelos próprios servidores. Dessa forma, a utilização desses recursos lúdicos torna-se limitada, porque não se sabe quando serão repostos.

Compreendendo a importância da brincadeira, a Lei nº 11.104 de 21 de março de 2005 foi aprovada pelo Congresso Nacional. Essa lei torna obrigatória a instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. O Art. 2º dessa lei entende que brinquedoteca é “o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar”.

Para regulamentar essa lei, a Portaria nº 2.261/GM de 23 novembro de 2005 (2005) aprovou as diretrizes de instalação e funcionamento dessas brinquedotecas propostas em regulamento específico, porém nem todos os hospitais com internação pediátrica atendem às recomendações necessárias. Alguns desses hospitais possuem ambientes para brincar, mas que são inadequados sobretudo no espaço exigido (dimensionamento de 1,2m² por paciente); enquanto outros, dividem o espaço com a classe escolar, a qual também é exigida por lei.

A ausência de brinquedotecas ou o não cumprimento das exigências para seu funcionamento adequado, como espaço físico e estrutura, prejudicam a excelência no atendimento às crianças, pois torna-se inviável trabalhar com cada uma delas durante o período de internação. Dessa forma, por mais que os profissionais de saúde prestem um atendimento mais humanizado, com o objetivo de tornar o ambiente hospitalar menos hostil para a criança, o espaço lúdico da brinquedoteca potencializa na criança sua capacidade de elaborar e expressar a experiência de adoecimento e hospitalização.

Considerações Finais

Acredito que contribuí significativamente com a área de Psicologia da Saúde, pois vivenciei, na experiência de estágio, o dia-a-dia da prática do psicólogo hospitalar e observei variados fatores que podem influenciar seu trabalho. Entre esses fatores, destaco: a falta de unanimidade na consideração dos aspectos subjetivos do adoecer; a incompreensão da equipe de saúde quanto ao papel da Psicologia no contexto hospitalar; a internalização de conceitos (como “bombeiro” e “tradutor”) que menosprezam nossa atuação; o número reduzido de profissionais de todas as áreas da saúde, gerando sobrecarga de trabalho na atenção hospitalar e adoecimento desses profissionais; o prejuízo causado à excelência no atendimento das crianças hospitalizadas pela ausência de brinquedoteca.

Apesar de existir na revisão bibliográfica soluções para os problemas levantados nessa pesquisa, questiona-se: o que falta para serem implementadas? Seria um problema de má gestão, ou de co-responsabilização por parte dos integrantes do SUS (gestor, equipe de saúde e usuário), como prevê o PNH? Se for para escolher, fico com a segunda opção. Porém, de nada adianta exigir responsabilidades aos profissionais de saúde se não forem prestadas condições adequadas de trabalho e melhorar o reconhecimento salarial. Esses profissionais tentam trabalhar “aos trancos e barrancos”, mas há muito o que ser feito e entendo que a Psicologia pode contribuir com o ambiente organizacional desse sistema e com a assistência ao usuário do SUS. Por isso, faz-se urgente pensar e agir para legalizar a exigência do psicólogo no contexto hospitalar, cabendo a ele conquistar e consolidar esse espaço.

Como sugestão de pesquisa, penso que é importante investigar as consequências da hierarquização das estruturas organizacionais do contexto hospitalar, tema pouco abordado durante a graduação de Psicologia. Estudar a relação entre os profissionais de saúde também se torna relevante para sensibilizar e fazer acontecer o atendimento transdisciplinar na equipe multiprofissional, onde os pareceres psicológicos seriam considerados na alta hospitalar.

Referências

- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC.
- Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11 (1), 67-84.
- Birman, J. (2003). Os destinos do desejo no mal-estar da atualidade. Em J. Birman (Org.), *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação* (pp. 13-26). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Brasil. (2004). *Humaniza SUS: A Clínica Ampliada*. Brasília: Ministério da Saúde. Retirado em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf
- Britto, L. C. (2010). A criança hospitalizada: relato de uma experiência. Em M. S. T. Filgueiras (Org.), *Psicologia hospitalar e da saúde: consolidando práticas e saberes na residência* (pp. 27-52) Petrópolis: Vozes.
- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. *Paidéia*, 18 (39), 61-72.
- Bruscato, W. L., Kitayama, M. M. G., Fregonese, A. A., & David, J. H. (2004). O trabalho em equipe multiprofissional na saúde. Em W. L. Bruscato, C. C. Benedetti, & S. R. A. Lopes (Orgs.), *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história* (pp. 33-41). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carbone, M. H. (2009). Educação em Saúde. Em E. M. A. Costa, & M. H. Carbone (Orgs.), *Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar* (pp. 84-91). Rio de Janeiro: Rubio.
- Castro, E. K. (2007). Psicologia pediátrica: a atenção à criança e ao adolescente com problemas de saúde. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27 (3), 396-405.
- Chiattonne, H. B. C. (2003). A criança e a hospitalização. Em V. A. Angerami-Camon (Org.), *A psicologia no hospital* (2ª ed., pp. 23-99). São Paulo: Pioneira Thomsom Learning.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Brasília. Recuperado em 08 novembro, 2013, de

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Deslandes, S. F. (2012). O Projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. Em M. C. S. O. Minayo, S. F. Deslandes, & R. Gomes (Orgs.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (pp. 31-60). Petrópolis: Vozes.

Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.

Foucault, M. (2000). *Doença mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Gomes, R. (1994). A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. Em M. C. S. Minayo (Org.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (pp. 67-80). Petrópolis: Vozes.

González-Rey, F. L. (2004). Psicologia social e saúde. Em M. F. S. Silva, & C. A. B. Aquino (Orgs.), *Psicologia social: desdobramentos e aplicações* (pp. 115-133). São Paulo: Escrituras.

Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília. Recuperado em 08 de novembro de 2013, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm.

Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990. Recuperado em 08 novembro, 2013, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Lei n.8.142, de 28 de dezembro de 1990 (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

- Brasília. 1990. Recuperado em 08 novembro, 2013, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm.
- Lei n. 11.104, de 21 de março de 2005*(2005). Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Brasília. 2005. Recuperado em 12 junho, 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm
- Lima, M. G. S. (2004). Atendimento Psicológico da Criança no Ambiente Hospitalar. Em W. L. Bruscato, C. C. Benedetti & S. R. A. Lopes (Orgs.), *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história* (pp. 81-87). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Minayo, M. C. S. (2012a). Os desafios da pesquisa social. Em M. C. S. Minayo, S. F. Deslandes, & R. Gomes (Orgs.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (pp. 9-30). Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2012b). Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. Em M. C. S. Minayo, S. F. Deslandes, & R. Gomes (Orgs.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (pp. 61-78). Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde. (1990). *ABC do SUS – Doutrinas e princípios*. Brasília: Ministério da Saúde. Retirado de <http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/abc-do-sus-doutrinas-e-principios.pdf>
- Ministério da Educação. (1997). *Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente saúde*. Brasília: Ministério da Educação. Retirado de <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro091.pdf>

Ministério da Saúde. (2002). *As cartas da promoção da saúde*. Brasília. Série B. Textos

Básicos em Saúde. Retirado de

http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf

Ministério da Saúde (2005). *Portaria n. 2.261/GM de 23 de novembro de 2005*. Aprova o

Regulamento que estabelece as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Recuperado em 12 junho, 2014, de

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2261.htm>

Ministério da Saúde (2010). *Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010* Estabelece

diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado em 08 de novembro de 2013, de

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

Ministério da Saúde. (2012a). *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília:

Ministério da Saúde. Retirado de

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf

Ministério da Saúde. (2012b). Linha de cuidados para atenção integral à saúde de crianças,

adolescentes e suas famílias em situação de violências. (Orientação para gestores e profissionais de saúde). Brasília. Série F. Comunicação e Educação em Saúde.

Retirado de

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf

Nigro, M. (2004). *Hospitalização: o impacto na criança, o adolescente e no psicólogo*

hospitalar. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveira, R. S. (2012, 29 junho). A importância do brincar no ambiente hospitalar: da

recreação ao instrumento terapêutico. *Psicologado*. Retirado de

<http://psicologado.com/atuacao/Psicologia-hospitalar/a-importancia-do-brincar-no-ambiente-hospitalar-da-recreacao-ao-instrumento-terapeutico#ixzz3588f7wy4>

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed.

Postman, N. (2002). *O Desaparecimento da Infância*. Rio de Janeiro: Graphia Editorial.

Projeto de Lei n. 77, de 25 de março de 2003 (2003). Projeto de lei complementar que acrescenta dispositivo à Lei nº 4119, de 27 de agosto de 1962, tornando obrigatória a presença de Psicólogo Hospitalar nos serviços de saúde pública e privados. Brasília. 2003. Recuperado em 12 de junho, 2014,

http://www.senado.gov.br/atividade/Materia/detalhes.asp?p_cod_mate=55931

Conselho Nacional de Saúde (1996). Resolução n.196 de 10 de outubro de 1996. Brasília.

Recuperado em 02 maio, 2014, de

http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/resolucoes.htm

Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17 (1), 29-41.

Sebastiani, R. W. (2004). Prefácio. Em A. Simonetti (Org.), *Manual de Psicologia Hospitalar* (pp. 8-11). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Artmed: Porto Alegre.

Stotz, E. N. & Araujo, J. W. G. (2004). Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, 13 (2), 5-19.

Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6 (2), 49-56.

Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (1998). Psicologia da saúde infantil. *Análise Psicológica*, 16 (1), 155-158.

World Health Organization. (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. Recuperado em 08 novembro, 2013, de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf